LONGIVA+

FORMULÁRIO 02

Solicitação de atendimento

Conte como podemos estar presentes no seu dia a dia.

01 • Quem está solicitando

Nome completo *

WhatsApp *

E-mail

Bairro de atendimento *

02 • Preferências de atendimento

Serviço de interesse *

- [ ] Acompanha
- [ ] Companhia
- [ ] Concierge
- [ ] Preciso de orientação

Data pretendida

Horário de preferência

Duração desejada

- [ ] Até 3 horas
- [ ] 4 horas
- [ ] 6 horas
- [ ] 8 horas
- [ ] A definir

Modalidade

- [ ] Atendimento avulso
- [ ] Plano recorrente
- [ ] A definir

03 • Informações complementares

Observações e preferências (não inclua diagnósticos ou dados médicos)

Consentimento *

- [ ] Autorizo contato e análise da solicitação

O envio deste formulário não confirma agendamento ou disponibilidade.
A LONGIVA+ entrará em contato para verificar adequação, datas e condições.
Não informe CPF, dados bancários ou informações de saúde neste formulário.

Envio: contato.longivamais@gmail.com • WhatsApp: (11) 94106-8015